NOTE ADDITIONNELLE

Au Rapport présenté au VIe Congrès National d'Assistance

SUR

L'ASSISTANCE DES AVEUGLES

DANS LA RÉGION DE MONTPELLIER

DE 1900 A 1914

PAR

Le Dr H. TRUC
PROFESSEUR D'OPHTALMOLOGIE A L'UNIVERSITÉ
SECRÉTAIRE DE L'ASSOCIATION VALENTIN HAÜY DE MONTPELLIER
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DU CONGRÈS NATIONAL
D'ASSISTANCE PUBLIQUE ET PRIVÉE DE MONTPELLIER 1914



MONTPELLIER
IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU MIDI

1914


EX
LIBRIS

NOTE ADDITIONNELLE

Au Rapport présenté au VI[e] Congrès National d'Assistance

SUR

L'ASSISTANCE DES AVEUGLES

DANS LA RÉGION DE MONTPELLIER

DE 1900 A 1914

PAR

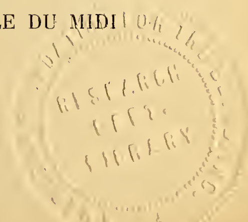
Le Dr H. TRUC

Professeur d'Ophtalmologie a l'Université
Secrétaire de l'Association Valentin Haüy de Montpellier
Secrétaire général du Congrès National
d'Assistance publique et privée de Montpellier 1914



MONTPELLIER
IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU MIDI

1914





NOTE ADDITIONNELLE

Au Rapport présenté au VIe Congrès National d'Assistance

SUR

L'ASSISTANCE DES AVEUGLES

DANS LA RÉGION DE MONTPELLIER

DE 1900 A 1914

Un résumé de l'Assistance des aveugles dans la région de Montpellier me paraît ici (1) superflu, puisque ce travail, pour les comptes rendus du Congrès, est déjà publié « in-extenso » et qu'il s'agit, par surcroît, d'une question généralement connue.

Je crois préférable de compléter mon exposé primitif par quelques notions personnelles relatives à la cécité, à sa prophylaxie ophtalmologique, aux divers métiers usuels et quelques nouvelles professions d'aveugles, enfin à la création éventuelle, dans les principaux centres de province, de sections annexes de l'Hospice national des Quinze-Vingts de Paris.

Ces considérations supplémentaires offrent d'ailleurs

(1) Communication orale à la séance générale du 5 juin du Congrès national d'Assistance Publique et Privée de Montpellier (1914).

quelque intérêt, car elles sont relativement pratiques et susceptibles d'application générale.

Ce seront là d'ailleurs mes *vœux* et leurs *considérants*.

I. — VOEUX

1. Les aveugles doivent être définis socialement et catégorisés suivant leur degré de cécité pour la statistique et l'assistance administratives ;

2. La préservation ou prophylaxie de la cécité relève surtout, en outre de l'action administrative, des oculistes, mais comporte, chez les médecins généraux, des connaissances ophtalmologiques élémentaires, trop négligées dans les programmes d'études actuels ;

3. Les métiers des aveugles doivent être établis selon les besoins et les ressources des diverses régions ; les produits de leur travail, à valeur et à prix égaux, méritent d'être préférés par les administrations ;

Diverses fonctions de dactylographes, téléphonistes, etc., sont à la portée professionnelle de certains aveugles et doivent leur être spécialement attribuées ;

4. Des sections régionales de l'Hospice national des Quinze-Vingts de Paris devraient être instituées en province, dans les principaux centres régionaux, pour les aveugles correspondants.

II. — CECITE

DÉFINITION. — *La cécité est un état morbide, congénital ou acquis, constitué par l'absence ou l'insuffisance incurable de la vision.* L'incurabilité, par les moyens actuelle-

ment connus et sous réserve des progrès thérapeutiques futurs, est une condition nécessaire de la cécité. L'amaurose hystérique, la cataracte complète, l'occlusion pupillaire ne sont pas des cas de cécité. L'absence de vision ne permet aucune hésitation. Quant à l'insuffisance, elle est toute relative et variable selon qu'on se place au point de vue physiologique, ambulatoire, professionnel ou social.

A cet égard, il y aura cécité par aperception de la lumière, de la couleur et des formes, par impossibilité d'orientation, par difficulté de gagner sa vie en travaillant avec ses yeux. Ce sont là autant de formes de la cécité. On doit tenir compte toujours des diverses conditions individuelles. L'acuité visuelle, le champ visuel, l'éducation sensorielle, l'intelligence et la santé générales, la position sociale sont facteurs de la capacité visuelle et, par conséquent, de la cécité. On voit avec le cerveau autant qu'avec les yeux et la même vision fera un clairvoyant d'un sujet intelligent ou fortuné et un aveugle d'un indigent ou faible d'esprit. La cécité sera donc appréciée dans chaque cas particulier, d'une façon synthétique, au point de vue physiologique, professionnel et social. On pourra dès lors socialement la définir *l'incapacité visuelle définitive de s'orienter, de travailler et de subvenir à ses besoins.*

Degrés.— La cécité correspond, du côté physiologique, à l'absence ou à l insuffisance de la vision ; du côté professionnel et social, à l'incapacité visuelle de s'orienter, de travailler et de suffire à ses besoins. Médicalement, c'est l'amaurose ou l'amblyopie ; socialement, c'est le besoin d'assistance professionnelle ou sociale. Il y a là bien des

(1) H. Truc. — Degrés et limites de la cécité in-*Annales d'Oculistique*, 1903.

degrés, une cécité absolue et une cécité relative. On peut admettre :

1° La cécité absolue, amaurotique, physiologique dans laquelle la vision est absolument nulle, ne permet pas de distinguer le jour de la nuit, de percevoir la moindre lumière objective. Elle comprend près de la moitié des aveugles.

2° La cécité complète où la perception des formes est nulle mais où persiste encore la vision quantitative simple ou colorée. Elle comprend le quart environ des aveugles

3° La cécité relative avec perception suffisante des objets volumineux ou rapprochés, mais sans vision distincte étendue de travail ou d'orientation. Elle comprend aussi le quart des aveugles, ceux qu'on appelle les demi-aveugles ou demi-voyants.

4° On pourrait ajouter quelques sujets qui se conduisent seulement dans les endroits familiers, qui ne reconnaissent que les gros objets ou qui par défectuosité du champ visuel, infirmités complémentaires, faiblesse intellectuelle, misère sociale, ne peuvent gagner leur vie par un travail visuel.

Ces diverses conditions visuelles appartiennent à la cécité parce qu'elles impliquent l'incapacité physiologique ou professionnelle et une assistance sociale plus ou moins complète. Il ne peut y avoir d'hésitation pour le 1er et le 2e degré, mais on peut discuter pour le 3e et le 4e degré. Nous devons donc établir nettement les limites de la cécité.

Limites. — La cécité absolue, ou complète, avec aperception lumineuse, représentant naturellement la limite inférieure, quelle sera, dans la cécité relative, la limite supérieure ? L'amaurotique est aveugle, mais l'amblyope,

demi-aveugle ou demi-voyant, doit-il être considéré comme aveugle ou comme clairvoyant ? C'est le point délicat. On discutera au point de vue physiologique et même médical, mais on peut s'entendre, au point de vue professionnel et social, c'est-à-dire de l'assistance. S'il y a incapacité visuelle de s'orienter, de travailler et de se suffire, on dit cécité ; il n'y a pas cécité dans le cas contraire.

Quel est donc le minimum de vision correspondante, le minimum de vision sociale ? On s'oriente et on travaille si l'on peut compter les doigts pour les uns à 1 mètre, pour les autres à 0 m. 50, à 0 m. 33, etc.; pour moi, après nombreuses expériences, on ne peut le faire normalement avec une vision inférieure à 0,1 de la normale.

La limite supérieure de la cécité est donc 0,1 ; *à partir de* 0,1 *on est clairvoyant ; au-dessous de* 0,1 *on doit être considéré comme aveugle.* Cette limite est évidemment approximative, individuelle et comporte un champ visuel correspondant, l'absence d'infirmités aggravatives, une intelligence moyenne, une éducation ordinaire. Un sujet avec une seul œil, un champ visuel rétréci, infirme, maladroit, inintelligent, ne pourra se suffire avec une acuité visuelle, égale ou supérieure à 0,1 tandis qu'un autre se conduira et travaillera convenablement avec une acuité moindre ; mais on peut soutenir que, en général, avec une acuité inférieure à 0,1 on a besoin d'assistance pour s'orienter et travailler, c'est-à-dire qu'on est aveugle. On dira, à l'extrême limite, demi-aveugle ou demi-voyant, mais ce sera toujours la cécité parce que l'assistance sociale ou physique s'imposera.

Le chiffre de 0,1, comme limite supérieure de la cécité, est celui que j'ai indiqué dans mon rapport sur les aveu-

gles en France et que Trousseau a bien voulu admettre pour son étude sur la cécité ; c'est celui que j'ai proposé à la Société française d'ophtalmologie. Il pourrait être accepté médicalement et administrativement. Je le propose avec confiance, car il me semble répondre à la réalité des faits et aux conditions ordinaires de la pratique.

Il a d'abord l'avantage d'être relativement précis, décimal, conforme à nos déterminations métriques et à nos appréciations cliniques habituelles.

On considère l'acuité de 0,1, dans les opérations de cataracte, comme un succès thérapeutique minimum ; l'armée élimine volontiers tout sujet qui n'y atteint pas de l'œil même le plus faible ; les compagnies d'assurances et les tribunaux acceptent, dans ces cas mêmes, un œil blessé comme professionnellement perdu ; la numération des doigts à quelques mètres correspond approximativement à 0,1 environ. *Et si enfin cette donnée est un peu large, ne vaut-il pas mieux, au point de vue social, apprécier généreusement la cécité et ne pas marchander l'assistance ?*

Applications. — Les institutions d'aveugles, écoles, ateliers, hospices, asiles, patronages exigent un certificat médical constatant la cécité mais admettent ordinairement des demi-aveugles ou demi-voyants. Pour les écoles et les ateliers, une certaine tolérance est nécessaire, car il importe de ménager, le cas échéant, quelques restes de vision ; mais il ne faut pas que les clairvoyants prennent la place des aveugles. Les directeurs sont parfois fort embarrassés ou entraînés par des constatations médicales fantaisistes ; ils demandent eux-mêmes quelle est la limite de la cécité et un moyen pratique de l'établir. Pour les divers métiers (accord de pianos, brosserie, tournage, etc.),

il importe, en outre, de connaître exactement le degré de la cécité, car « un point de vue » facilite considérablement le travail et dispense généralement d'un guide clairvoyant.

Grâce à l'obligeance laborieuse de mes anciens assistants, les docteurs Marty et Gidon, j'ai pu déterminer le degré de cecité des aveugles de quelques établissments spéciaux. Sur 183 pensionnaires de l'école Braille, 192 des Quinze-Vingts, 43 de l'école et des ateliers de Montpellier, en tout 418 aveugles des deux sexes et de tout âge, nous trouvons 200 cas de cécité absolue, 116 de cécité complète, 79 de cécité relative et 23 cas de non-cécité. Ces derniers comprennent 1 cas de l'école de Montpellier, 2 cas des Quinze-Vingts et 20 cas de l'école Braille. La cécité relative est fréquente à l'école Braille et à Montpellier, tandis que la cécité absolue est plus ordinaire aux Quinze-Vingts, où l'on exige, pour l'admission comme autrefois pour les pensions viagères, une cécité « complète et incurable (1) » constatée par un oculiste.

Dans l'armée, la réforme est prononcée pour tout sujet présentant un œil avec une acuité visuelle inférieure à 0,1 et 0,05, mais on n'admet pas explicitement la cécité pour blessure ou infirmité correspondante ; l'appréciation en est abandonnée aux experts et peut être contradictoire.

Les compagnies d'assurances, les tribunaux n'ont aucune règle absolue ; les médecins experts restent libres de leurs appréciations comme les juges de leurs arrêts.

Les statistiques administratives ou scientifiques sont

(1) Cette formule paraît doublement défectueuse puisque toute cécité, *ipso facto*, est complète et incurable ; mais elle permet l'élimination d'un grand nombre de postulants, et on pourra la maintenir, tant qu'on fera des Quinze-Vingts un refuge pour les aveugles favorisés au lieu d'une retraite pour les aveugles méritants et laborieux.

elles-mêmes plus ou moins arbitraires. Les premières sont livrées aux lumières des municipalités et les dernières aux sentiments des médecins.

Pour la statistique de 1900, comme pour les précédentes, l'administration centrale demandait aux maires de France le nombre de leurs administrés aveugles mais n'indiquait nullement les conditions requises pour la cécité ; et chacun de ces maires, sans aucune donnée, a fait dénombrer les aveugles, les demi-aveugles ou les demi-voyants. Le résultat général, d'ailleurs fort coûteux, ne doit être rien moins qu'approximatif. Beaucoup de statistiques analogues, faute d'indications préalables, n'ont pas plus de valeur ; elles ne sont pas, en tout, strictement comparables entr'elles.

III. PROPHYLAXIE OPHTALMOLOGIQUE DE LA CECITE

La prophylaxie ophtalmologique de la cécité relève surtout des oculistes. Nous voyons, dans la région de Montpellier moins d'aveugles que jadis, car la Clinique ophtalmologique et ses nombreux élèves ont heureusement exercé leur action professionnelle ; dans le même sens, les ophtalmies phyclénulaires et lacrymales font moins de ravages ; enfin les granuleux eux-mêmes sont tombés de 10 à 5 % environ de la population oculistique.

Cette prophylaxie appartient aussi, à défaut d'oculistes spécialisés, aux médecins généraux ; c'est particulièrement nécessaire à la campagne, dans les villages ou les petites villes.

Mais il faut alors donner aux praticiens l'instruction

ophtalmologique minima indispensable et il n'en est rien dans la scolarité actuelle.

On prétend que les cliniques universitaires sont trop nombreuses, pour être toutes obligatoires, que les cliniques spéciales ne sauraient convenir aux simples praticiens et que seuls les examens cliniques généraux sont absolument nécessaires.

C'est là une triple erreur de la part de l'administration, de la plupart des professeurs et même des médecins.

1° Les cliniques universitaires ne seront jamais trop nombreuses, si on leur attribue seulement le temps de scolarité proportionnel à leur importance pratique, c'est-à-dire un mois, deux mois, trois mois ou six mois sur les quarante mois de scolarité totale, et si l'on applique simultanément les groupes d'élèves à deux ou trois cliniques analogues : pendant deux mois, par exemple, les stagiaires suivraient, deux jours par semaine, l'ophtalmologie, deux jours l'ororhino-laryngologie et deux jours la dermatologie.

2° Les cliniques spéciales conviennent à tous les élèves, d'abord parce qu'il n'existe plus de cliniques générales (il n'y a plus de maladies d'yeux ou d'oreilles, etc., dans les cliniques médicales ou chirugicales), ensuite parce que les cliniques spéciales présentent, à côté des cas difficiles relevant uniquement du spécialiste, des cas ordinaires ou élémentaires que chaque praticien, sous peine de déchéance professionnelle, doit suffisamment connaître ; enfin, le groupement spécial des malades, pour les stagiaires (comme la salle des Rembrandt, au Louvre, pour les peintres ou amateurs de peinture) permet une étude plus complète et plus rapide des questions correspondantes.

3° Les examens cliniques terminaux, après la cinquième

année scolaire, sont insuffisants et devraient comprendre, non pas un malade pour la clinique chirurgicale générale et un pour les cliniques chirugicales spéciales, mais bien deux malades, un cas élémentaire et un cas complexe pour la clinique générale, et un élémentaire pour chaque clinique spéciale ; de même deux malades en clinique médicale générale et un pour chaque clinique médicale spéciale (1). Les examens terminaux devraient donc être vraiment intitulés, non plus au singulier, clinique chirurgicale ou médicale, mais au pluriel, cliniques chirurgicales ou médicales et on aurait enfin des examens vraiment cliniques et probants.

Ajoutez à cela, après chaque période de stage clinique général ou spécial, une note terminale inscrite après interrogation par le professeur correspondant sur le livret scolaire et entrant numériquement en ligne de compte à l'examen terminal ; on verra alors les élèves, plus soucieux de leurs examens que de leurs études, suivre les travaux pratiques de clinique comme les travaux pratiques de laboratoire. Ces travaux divers sont équivalents, car si le laboratoire est la base de l'instruction et de l'éducation scientifiques, l'hôpital reste la base de l'instruction et de l'éducation professionnelles. Ne doit-on pas, en fin de compte, avec quelques savants, former d'abord des praticiens pour soigner les malades et préserver des maladies ?

De même que le médecin spécialiste doit posséder de larges connaissances générales médico-chirurgicales,

(1) Je ne parle pas de la clinique obstétricale qui est fort bien établie et justement sanctionnée, car elle doit être élémentaire pour l'accoucheuse, vrai médecin général, et plus élevée pour le médecin praticien, consultant habituel de l'accoucheuse et tout à fait spécialisée pour le chirurgien accoucheur spécialiste consultant suprême.

bases de la spécialité, pour exercer son art, de même le médecin général doit connaître la partie élémentaire de chaque spécialité médico-chirurgicale pour la pratique courante de sa profession.

IV. — MÉTIERS ET PROFESSIONS D'AVEUGLES

Les métiers d'aveugles doivent être établis dans les centres, selon les besoins et les ressources des régions correspondantes. Ils doivent aussi être adaptés aux capacités individuelles des ouvriers qui les pratiquent.

A cet égard, il y a lieu de considérer les nouvelles applications professionnelles de la dactylographie, du téléphone et de leurs combinaisons. Les téléphonistes et dactylographes aveugles sont relativement nombreux. Certains postes administratifs ou industriels pourraient leur être réservés, dans les préfectures, les grands journaux, les usines ou maisons de commerce importantes. Il y a, depuis quinze ans, au *Petit Méridional*, de Montpellier, un téléphonodactylographe aveugle, aussi habile que ses collègues clairvoyants, qui donne, à tous égards, pleine satisfaction et peut ainsi subvenir à ses besoins matériels, à ceux de sa femme et de ses deux enfants.

C'est à la fois un bel exemple et un bon enseignement.

V. — SECTIONS PROVINCIALES DES QUINZE-VINGTS

Il existait, à l'Hospice national des Quinze-Vingts, des pensions et des pensionnaires. Officiellement, les pensions étaient de 100, 150 et 200 francs, attribuables au mérite, à l'âge, aux charges diverses ; les pensionnaires venaient de toute la France. Effectivement, je l'ai établi pièces en

mains, avec cartes et tableaux, les pensions étaient données aux plus influents, et tels départements faisaient assister 32 % de leurs aveugles, tandis que d'autres (l'Hérault, le Var, etc.) n'en pouvaient faire assister que 1 %. Quant aux pensionnaires, ils étaient presque tous originaires de Paris ou de la Seine. Et c'est ainsi que le budget *national* des Quinze-Vingts appartenait surtout aux influences politiques et servait à dégager le budget *local* d'assistance aux aveugles de la ville de Paris et du département de la Seine.

Pourquoi cette partialité ? Est-ce que la province, qui alimente le budget national des Quinze-Vingts aussi bien que la capitale, n'a pas droit, comme celle-ci, à la même quotité assistance ?

Nous avons demandé, au Ministère de l'Intérieur, pour les pensions d'aveugles de l'Hérault, notre quote-part départementale, et nous avons obtenu d'emblée satisfaction.

Nous voulions aussi solliciter la création de sections régionales de l'Hospice national des Quinze-Vingts et nous pouvions espérer, à la longue, quelque résultat ; mais l'Administration des Hospices de Montpellier, désirant sans doute assister les aveugles de ses propres deniers, tandis que Paris les assiste en partie avec les deniers de la nation, n'a pas voulu entrer dans cette voie. Nous persistons néanmoins à croire qu'il serait équitable de créer des sections régionales de l'Hospice National des Quinze-Vingts dans les principaux centres de province, et notamment à Montpellier, dont l'outillage d'assistance pour les aveugles serait alors au grand complet.

Il est toutefois bien entendu qu'il s'agirait uniquement de sections spéciales pour l'hospitalisation des aveugles

et non de cliniques annexes pour le traitement des ophtalmiques régionaux.

La Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts est dite nationale. Elle a été créée sous ce titre par Gambetta, pour son ami, le docteur Fienzal, et même favorisée d'allocations départementales pour le transfert gratuit à Paris des malades oculaires de province.

Dans ces conditions singulières, à une période où les cliniques ophtalmologiques universitaires n'existaient pas encore, la Clinique des Quinze-Vingts s'est extraordinairement développée. Elle reste prospère, mais elle ne répond plus à aucun service général ; cliniques et oculistes provinciaux suffisent à tous leurs besoins thérapeutiques, et la qualification de clinique nationale devient ainsi vraiment abusive. D'ailleurs, une circulaire que j'ai obtenue directement, il y a 6 ou 7 ans, du Ministère de l'Intérieur, a prescrit aux préfets des départements de ne plus adresser leurs malades ophtalmiques à la Clinique des Quinze-Vingts, mais plutôt à la Clinique universitaire ou autre la plus voisine. Ce serait moins onéreux pour l'assistance publique départementale, moins fatigant pour les patients ou leurs familles, et plus conforme aux aspirations légitimes de décentralisation.

Si l'on créait donc en province des annexes des Quinze-Vingts, il s'agirait simplement, je le répète, de sections spéciales pour les aveugles et non d'annexes cliniques pour les ophtalmiques régionaux.

MONTPELLIER. — IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU MIDI